

نموذج اشتراك في عيادة الاسنان

السيد مدير وحدة الشؤون المالية المحترم / 2018 /

افوض انا الموظف :

مدير وحدة الشؤون المالية باقتطاع مبلغ (1) دينار واحد فقط عن كل من المشتركين التالية اسمائهم وذلك لرغبتي بالاشتراك بالتأمين الصحي للأسنان .

تاريخ الميلاد

الاسم

- | | |
|-----|------------|
| / / | (1) |
| / / | (2) |
| / / | (3) |
| / / | (4) |
| / / | (5) |
| / / | (6) |
| / / | (7) |
| / / | (8) |
| / / | (9) |
| / / | (10) |

التوقيع :

الرقم الوظيفي ()